

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 89

L'importance
d'un traitement médical actif
dans les hémorragies secondaires
du Post Partum
(Six observations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert AUMEUNIER

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Moniteur d'Histologie à la Faculté de Médecine*

Ne le 9 Mars 1907 à CULAN (Cher)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

L'IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL ACTIF
DANS LES HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU POST-PARTUM

(Six Observations)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'importance
d'un traitement médical actif
dans les hémorragies secondaires
du Post Partum
(Six observations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert AUMEUNIER

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Moniteur d'Histologie à la Faculté de Médecine*

Ne le 9 Mars 1907 à CULAN (Cher)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Leon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIRERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; RHENTER, assesseur;
POLLOSSON; ÉPARVIER, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MON FRÈRE MICHEL

Avec mes vœux de brillant avenir.

A MES COMPAGNONS DE CORDÉE,
MES FRÈRES EN MONTAGNE

A MES AMIS

Pour l'aide morale que je puise chez
eux.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant avec tant de bienveillance la présidence de notre thèse.

Nous garderons un fidèle souvenir de son enseignement si vivant et si clair, ainsi que de l'accueil affable qu'il nous a toujours réservé.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POLICARD

En le remerciant de l'hospitalité si
généreuse qu'il nous a accordée dans
son Laboratoire, nous le prions de
recevoir ici l'assurance de notre res-
pectueux attachement.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD
Chef de Clinique Obstétricale

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a permis de grouper tous les documents qui ont été nécessaires à son édification. Qu'il soit assuré ici de notre profonde reconnaissance pour l'accueil toujours cordial et bienveillant que nous avons trouvé chez lui.

L'IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL ACTIF
DANS LES HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU POST-PARTUM
(Six Observations)

Avant-Propos

Alors que nous étions stagiaire dans le Service, notre Maître M. le Professeur Voron nous a à plusieurs reprises parlé des hémorragies du post-partum et pendant notre stage nous avons eu personnellement la bonne fortune d'observer un cas qui a illustré d'une manière très nette la thèse que M. le Professeur Voron nous avait à plusieurs reprises exposée.

Aussi nous avons été très heureux lorsque, le moment venu de songer à notre thèse inaugurale, M. Voron a bien voulu nous confier quelques-unes des observations qu'il avait recueillies à la Clinique Obstétricale depuis trois ans. A ces observations nous en avons ajouté une qui provient du Service de la Croix-Rousse, où elle a été recueillie par M. le Docteur Pigeaud, remplaçant M. le Professeur Agrégé Rhenter.

A l'aide de ces observations, qui ont trait à des malades ayant présenté des formes véritablement graves d'hémorragies des suites de couches, nous voulons mettre en évidence l'importance du traitement médical

actif qui, ainsi que le dit notre Maître, doit, dans de très nombreux cas, permettre à lui seul de juguler les accidents et d'éviter ainsi une intervention toujours grave chez de semblables malades.

Il est en effet un point sur lequel tous les accoucheurs sont actuellement d'accord et qui a été bien mis en évidence lors du dernier Congrès de Gynécologie et Obstétrique de Langue Française (Bordeaux, 1931) : c'est le danger que fait courir aux malades présentant un syndrome hémorragique, le plus souvent accompagné de manifestations infectieuses, une intervention intra-utérine. Ce danger est variable suivant les auteurs ; mais, si tous ne sont pas d'accord sur le pourcentage des accidents observés à la suite des interventions intra-utérines, ces accidents existent et leur réalité n'est niée par personne. Nous rappellerons que les phénomènes infectieux déclenchés par un curage effectué en semblable cas ont pu revêtir une allure de gravité telle que M. Couvelaire a proposé de pratiquer, dans les cas d'hémorragie incoercible mettant en danger les jours de la malade, une hystérectomie.

Nos observations semblent démontrer que, avant de recourir à une thérapeutique soit obstétricale soit chirurgicale, on doit mettre en œuvre, et cela d'une manière systématique, des moyens médicaux qui, très souvent, donnent à eux seuls un excellent résultat.

CHAPITRE PREMIER

Généralités

Les hémorragies secondaires du post-partum, que l'on doit complètement séparer des hémorragies précoces ou tardives de la période de la délivrance, se manifestent habituellement du sixième au quinzième jour, constituant ce que MM. Voron et Pigeaud ont nommé : les hémorragies du deuxième septennaire des suites de couches.

Ces hémorragies ne sont pas, ainsi qu'on l'a dit et écrit pendant longtemps, une complication banale guérissant toujours simplement par une thérapeutique toujours identique : le nettoyage de la cavité utérine ; mais bien un phénomène de la plus haute gravité dont le traitement, s'il est mal dirigé, peut mettre en cause la vie des malades.

L'apparition de ces hémorragies coïncide toujours, ainsi que nous l'avons observé dans notre travail et ainsi que l'a très justement fait remarquer M. Couvelaire, avec des symptômes révélant l'existence d'une

infection. Le plus habituellement, du reste, et si l'on s'abstient de toute thérapeutique intra-utérine, ces signes infectieux restent modérés.

Lorsqu'on explore la cavité de ces utérus saignants, les sensations perçues sont différentes suivant les cas :

Chez une première série de malades, la cavité utérine se montre sensiblement normale ou à peu près, présentant simplement une surface placentaire mamelonnée et irrégulière : Il n'y a pas de rétention placentaire. C'est à propos de semblables faits que M. Couvelaire a parlé de formes métrorragiques de l'infection puerpérale.

Chez d'autres malades, l'hémorragie est imputable à une rétention. Mais l'exploration utérine va montrer suivant les cas des formes anatomiques variables.

Certains utérus renferment simplement dans leur cavité un polype pédiculé constitué par un amalgame de fibrine et de villosités placentaires. Ce polype, analogue aux polypes fibrineux décrits autrefois par Velpeau et Virchow, est relié à la paroi utérine par un mince pédicule et un simple coup de doigt va permettre de le détacher et de l'extraire.

Les sensations sont tout à fait différentes lorsque l'on est conduit à explorer certains autres utérus également rétentionnistes, mais qui, contrairement aux précédents, contiennent un cotylédon uni solidement à la paroi par une large base d'implantation et faisant saillie à l'intérieur de la cavité sous forme d'une excroissance volumineuse et irrégulière à surface mamelonnée.

Digonnet, étudiant de pareilles pièces provenant

d'autopsies et aussi de pièces opératoires après hystérectomie, a donné une excellente description de semblables faits anatomiques, insistant justement sur l'adhérence de ces cotylédons, qu'il faut véritablement sculpter dans la paroi utérine pour les extraire, car il n'existe pas de plan de clivage.

Quelle que soit la forme devant laquelle on se trouve (et on ne saisit pas bien son mécanisme d'action dans les cas sans rétention), le curage digital arrête l'hémorragie le plus souvent de façon immédiate et définitive. Mais la plupart des accoucheurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que le curage digital, s'il arrête bien l'hémorragie, déclenche habituellement des phénomènes infectieux très graves du type septicopyohémique à évolution ordinairement traînante, mais de la plus haute gravité.

MM. Couvelaire et Desnoyers, dans leurs communications, Noguères et Digonnet, dans leurs thèses, évaluent la mortalité à 50 % environ après une telle intervention. Il nous semble que tant que la pratique du curage systématique a été appliquée dans le Service, nous pouvons observer un pourcentage d'accidents mortels au moins égal au pourcentage donné par ces auteurs.

A Lyon, Chapuis, dans sa thèse inspirée par M. Trillat, et aussi M. Eparvier, dans un article paru dans *Gynécologie et Obstétrique* en 1930, rapportent plusieurs cas de mort par infection à type pyohémique à la suite d'intervention intra-utérine dans de semblables cas.

Quoi qu'il en soit du reste du chiffre exact de la

mortalité, cette mortalité existe, son taux est important. Elle paraît imputable aux interventions intra-utérines dans ces utérus infectés. Nous insistons également sur ce fait, qui a été également bien mis en évidence par M. Desnoyers, à savoir que les interventions intra-utérines les moins traumatisantes, celles qui consistent par exemple à enlever d'un coup de doigt un polype pédiculé, sont cependant capables de déclencher les accidents. Nous croyons, pour notre part, que même la simple exploration prudente d'un utérus infecté n'est pas absolument exempte de danger.

Il faut donc s'abstenir de cette pratique, mais que faire ?

Il nous paraît hors de doute que l'on doit se ranger au point de vue défendu par M. Couvelaire et ses élèves, lorsqu'il s'agit d'une hémorragie qui, par son abondance ou sa répétition, et après échec d'un traitement médical actif, conduit à penser que si l'on n'intervient pas la malade court le risque de succomber, il faut pratiquer une hystérectomie.

Cette opération est la seule logique lorsque une telle hémorragie est accompagnée par des signes nets d'infection : l'expérience montre que cette thérapeutique est également justifiée dans les cas où les signes infectieux sont restés modérés, un curage digital se montrant souvent capable de donner un coup de fouet à une infection évoluant jusque-là à bas bruit.

Il nous semble donc que dans ces cas d'hémorragies secondaires du post-partum, lorsqu'il s'agit vraiment d'hémorragies incoercibles, résistant au traitement

médical actif et mettant les jours de la malade en danger, il est justifié de pratiquer une hystérectomie. Mais on sait bien qu'il s'agit là d'une opération mutilante qui n'est pas par elle-même exempte de dangers ; aussi ne doit-on y recourir que lorsque véritablement il paraît impossible de ne pas intervenir.

Il convient d'insister sur le fait suivant, c'est que de semblables hémorragies contraignant l'accoucheur à recourir à une intervention chirurgicale pour les arrêter, sont en réalité très rares.

Depuis quatre ans, nous n'en avons observé qu'un seul cas à la Clinique obstétricale. Toutes les autres malades ayant présenté des hémorragies graves du post-partum ont guéri par le traitement médical.

Nous avons relu la plupart des observations publiées ces derniers temps, observations pour la plupart anciennes et qui ont été groupées à l'occasion de discussions récentes. Nous avons nous-même recherché dans les archives des services obstétricaux un certain nombre de cas. En parcourant ces observations nous avons été frappé de voir combien, dans quelques-unes du moins, on s'était hâté de mettre en œuvre une thérapeutique active : curage ou curettage le plus souvent.

Nous savons bien que la lecture des observations peut, lorsque l'on n'a pas examiné soi-même les malades, conduire à interpréter faussement la thérapeutique mise en œuvre. Cependant il nous semble bien que dans plusieurs cas, un curage digital par exemple a été pratiqué, alors que l'état des malades aurait permis d'attendre en mettant simplement en œuvre un traitement médical actif.

Il est bien certain que pour les médecins, auxquels tous les traités ou manuels classiques conseillent depuis toujours de pratiquer en cas d'hémorragie du post-partum un nettoyage de la cavité utérine (nettoyage qui du reste arrête aussitôt l'hémorragie dans la majorité des cas), il est tentant d'intervenir le plus rapidement possible.

Mais il est bien prouvé qu'une pareille pratique est certainement responsable d'un nombre important d'infections extrêmement sévères ; la nécessité dans laquelle on se trouve maintenant de traiter chirurgicalement les hémorragies véritablement incoercibles doit naturellement conduire à restreindre le nombre des interventions.

Pour notre part, nous pensons que le plus grand nombre des hémorragies secondaires du post-partum guérissent sans intervention, à condition toutefois qu'on leur oppose un traitement médical actif. Il ne s'agit pas, à notre sens, d'une simple expectation mais d'une thérapeutique convenablement réglée, qui s'est montrée efficace dans tous nos cas, à l'exception d'un seul, depuis quatre ans, c'est-à-dire sur plus de 5.000 accouchements.

Cette thérapeutique consiste surtout dans l'emploi des ocytocyques. Nous utilisons l'ergotine et la pituitrine. Il nous semble que l'action de l'ergotine est plus nette. Mais la pituitrine permettrait, en espaçant les injections d'ergotine, de donner une dose totale d'ergot moins considérable. Dans le même ordre d'idées nous plaçons une vessie de glace sur le ventre et utilisons les injections vaginales chaudes.

En même temps nous avons recours à la médication coagulante. Nous donnons à nos malades du chlorure de calcium et du sérum de cheval par la bouche, nous faisons aussi des injections sous-cutanées de sérum de cheval. Nous n'avons pas eu recours à d'autres moyens. Mais nous sommes persuadé de l'action efficace dans de pareils cas des injections de sérum citraté et aussi des petites transfusions répétées.

Il est entendu que bien que ces moyens aient paru remarquablement efficaces, cette thérapeutique peut cependant échouer. Aussi ne doit-elle être mise en œuvre que dans le milieu obstétrical ou chirurgical, milieu dans lequel il est permis d'attendre au maximum, une hystérectomie pouvant être pratiquée aussitôt si la nécessité s'impose.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Mme B..., primipare, 21 ans.

Accouchement spontané à terme, le 16 *novembre* 1928, à Bourgoin.

Deux jours après, élévation thermique ; à partir de ce moment la température se maintient entre 38° et 39°5. Quelques petits frissons.

Au dixième jour : hémorragie utérine abondante qui inquiète vivement le médecin traitant. Celui-ci, sans intervenir, envoie la malade à la Charité.

29 *novembre*. — A son entrée dans le service : 13 *jours* après l'accouchement, la malade présente une température de 38°5. Elle est pâle, mais l'état général est assez satisfaisant. L'utérus est en subinvolution et non douloureux. Le col est largement ouvert. Ecoulement sanglant continu dont l'abondance n'est pas alarmante mais dont la persistance anémie la malade. Pendant les jours qui suivent, la température oscille entre 37° et 38°5, avec tendance à l'amélioration. Mais l'écoulement sanguin

persiste, inchangé. L'état général continue à être relativement bon.

5 décembre. — Six jours après l'entrée dans le service, vingt jours après l'accouchement. L'hémorragie utérine augmente rapidement dans de grandes proportions.

En même temps, la température, qui était depuis deux jours à 37°5, monte brusquement à 38°6. Le pouls, qui depuis 19 jours était à 80, monte et bat à 120.

Nous voyons la malade à 17 heures. L'état général est devenu mauvais. La malade est angoissée, ses lèvres sont complètement décolorées. Hémorragie utérine abondante de sang rouge mélangé de caillots.

Nous faisons pratiquer à une demi-heure d'intervalle deux injections d'ergotine.

A 20 heures, nous revoyons la malade ; elle continue à perdre et est de plus en plus pâle. Pouls à 130.

Nous faisons pratiquer une injection de pituitrine, ainsi que l'injection hypodermique d'une ampoule de sérum de cheval.

En outre nous faisons transporter la malade à proximité immédiate de la salle d'opération de façon à être prêt à pratiquer une hystérectomie rapide.

La malade est alors surveillée d'heure en heure. A partir de 21 h. 30, l'hémorragie diminue ; à 23 heures, elle est pratiquement nulle.

Dans la nuit, une nouvelle dose de pituitrine est administrée.

Le lendemain, non seulement l'hémorragie est arrêtée, mais encore l'écoulement sanguin qui persistait depuis l'accouchement a lui-même disparu. Après 48 heures, le pouls et la température sont devenus normaux.

18 décembre, douze jours plus tard, la malade a quitté le service, en excellent état.

OBSERVATION II

Mme B..., secundipare, 25 ans.

Pas d'antécédents notables à signaler.

Accouchement spontané normal en 1928.

Le 15 avril 1928 : accouchement spontané rapide : fille vigoureuse de 3.300 gr. Délivrance normale sans incident 40 minutes après l'expulsion de l'enfant. Le placenta pèse 540 gr. Son examen soigneux ne montre rien d'anormal. Son intégrité paraît absolue.

Le 1^{er} mai, six jours après l'accouchement, la malade présente brusquement une hémorragie utérine abondante (450 gr. de caillots pesés). Elle pâlit nettement, tandis que son pouls s'accélère. Mais la température est à 37°5.

Sous l'influence des injections vaginales chaudes et d'injections sous-cutanées de rétropituitrine et d'ergotine l'hémorragie grave diminue et seul persiste un suintement sanglant.

On donne du chlorure de calcium par la bouche.

Le soir, la température est à 38° et le pouls à 105.

Le 2 mai, au matin, survient une deuxième hémorragie moins abondante que celle de la veille mais plus impressionnante du fait de la récurrence.

Cependant on continue le traitement médical : ergotine, injections vaginales chaudes.

Le soir, l'hémorragie cesse définitivement.

La température, subfébrile pendant quelques jours, redevient normale *le 5 mai*.

La malade quitte le service *le 12 mai*, en bon état.

OBSERVATION III

Mme X..., primipare, 22 ans.

Accouchement *le 22 septembre 1930*. Forceps dans l'excavation pour insuffisance des contractions. Enfant

vivant de 3.100 gr. Hémorragie de la délivrance extrêmement abondante. La malade perd 1.200 gr. en quelques minutes. Délivrance artificielle rapide. L'utérus se contracte bien.

Aux 9^e (1^{er} octobre), 10^e (2 octobre) et 12^e jours (4 octobre), la malade présente trois hémorragies de sang rouge très abondantes d'au moins 400 gr. chaque fois.

La malade est dans un état d'anémie très marqué. Sa température est subfébrile entre 37°5 et 38°. Son pouls est à 105.

Devant l'état réellement impressionnant de la malade on se tient prêt à intervenir chirurgicalement, mais le traitement médical vient à bout des accidents.

Le 8 octobre et 16 jours après l'accouchement, les pertes rouges cessent définitivement.

La température devient normale au 20^e jour : le 12 octobre.

La malade quitte le service 25 jours après son accouchement, présentant encore des signes nets d'anémie, le 17 octobre.

OBSERVATION IV

Mme L..., III pare, 26 ans.

Accouchements antérieurs sans incident. Bonne santé habituelle.

Le 9 mai 1929. Accouchement rapide dans la voiture qui la conduit à l'hôpital. Enfant vivant de 3.400 gr. Délivrance dans le service. Le placenta est vérifié et paraît complet.

12 mai. A partir du 3^e jour les pertes sanguines augmentent d'importance, tandis que la température monte au-dessus de 38°.

18 mai. Au 9^e jour, les pertes sanguines augmentent

nettement : il s'agit maintenant d'une véritable hémorragie. En même temps la température se maintient entre 38° et 39°.

Un traitement médical actif est institué : Glace sur le ventre. Injections sous-cutanées d'ergotine, de pituitrine et de sérum de cheval. L'ergotine paraît avoir une action plus efficace que la pituitrine.

Pendant les cinq jours suivants, l'hémorragie utérine persiste, avec des alternatives de recrudescence et d'arrêt.

24 mai. A partir du 15^e jour les pertes diminuent progressivement, tandis que la température redescend lentement à la normale.

La malade quitte le service, en bon état, le 25^e jour.

OBSERVATION V

Mme B..., V pare, 35 ans.

Trois accouchements antérieurs normaux. Une fausse couche au 3^e mois.

Accouchement spontané normal d'un enfant vigoureux de 3.300 gr., le 18 novembre 1930.

Hémorragie de la délivrance nécessitant une délivrance artificielle. Au cours de cette manœuvre on constate l'existence d'une adhérence anormale du placenta au fond utérin, nécessitant un peignage soigneux de la cavité utérine.

Après la délivrance, un suintement sanguin persiste pendant deux heures.

Le 20. Dès le surlendemain la température monte progressivement pour atteindre 40°. Pendant les jours suivants elle se maintient en plateau avec légères oscillations entre 39° et 40°.

Le 24 novembre, soit six jours après l'accouchement, apparaissent des pertes rouges très abondantes, mêlées de caillots.

Ces pertes revêtent le type d'un écoulement continu. L'état général de la malade est rapidement atteint et elle présente des signes nets d'anémie. Le pouls est à 120.

On institue le traitement médical des hémorragies : glace sur le ventre, injections d'ergotine, de pituitrine, de sérum de cheval. On donne du chlorure de calcium par la bouche.

L'écoulement sanguin, sous l'influence du traitement, diminue d'importance à partir du 26 novembre. Il continue néanmoins jusqu'au 28. A cette date, la température, qui se maintenait au-dessus de 39°, tombe brusquement à 37°5, puis reste au voisinage de la normale.

La malade a quitté le service, en bon état, le 5 décembre.

OBSERVATION VI

Primipare, 18 ans.

Accouchement spontané normal le 4 août 1929.

Fille vigoureuse de 3.660 gr.

La délivrance se fait normalement une heure après l'accouchement pas simple refoulement. Le placenta pèse 400 gr. et paraît complet. Les membranes sont dilacérées mais on ne juge pas à propos d'intervenir car il ne semble pas qu'il y ait rétention.

Les suites de couches immédiates sont subfébriles et le 9 août on fait passer la malade à l'infirmerie avec une température à 38°. Les symptômes sont ceux d'une endométrite banale que l'on traite comme telle.

Le 14 août, soir, au 10^e jour des suites de couches, la malade présente brusquement une hémorragie abondante avec caillots.

On met la malade au repos absolu. On met de la glace sur le ventre et on pratique une injection d'ergotine.

Le lendemain, persiste seulement un suintement sanguin insignifiant.

Le 16 août, l'hémorragie se reproduit plus abondante et plus impressionnante que la première fois et s'accompagne d'une atteinte marquée de l'état général. La malade présente des signes d'anémie et un shock extrêmement net. La température est à 38° et le pouls au-dessus de 100.

L'utérus, dont le volume avait nettement diminué sous l'influence des injections d'ergotine, est devenu plus gros et son fond est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Malgré l'état alarmant de la malade on décide de patienter encore.

Dans la journée on pratique à nouveau deux injections sous-cutanées d'ergotine et une injection de sérum de cheval.

Potion au chlorure de calcium par la bouche.

Dans la soirée, l'hémorragie s'améliore progressivement.

Le 18 août, tout écoulement sanguin a disparu. La température est redevenue normale. Le pouls est à 90.

La malade quitte le service, guérie, le 28 août.

CHAPITRE III

Discussion des Observations

Nous venons de rapporter six observations d'hémorragies graves des suites de couches, guéries sans intervention grâce à un traitement médical convenablement réglé.

Nous faisons remarquer que dans tous les cas il s'agit de manifestations hémorragiques qui, par leur abondance mais surtout par leur persistance, ont inspiré véritablement de très grandes inquiétudes.

Nous rappelons en particulier notre observation dans laquelle la malade a été transportée à proximité immédiate de la salle d'opération, de manière à pouvoir, si la situation ne se modifiait pas dans les heures suivantes, pratiquer une hystérectomie.

Si le traitement médical actif, qui dans nos observations a toujours réussi, venait à échouer, quelle conduite tenir ?

Ce point sort un peu du sujet de notre thèse, mais nous trouvons légitime d'indiquer ici quelles sont sur

ce point les idées de notre Maître : l'idée qu'il a défendue dans de nombreuses communications et en particulier au Congrès de Bordeaux.

Pour cela, nous ne pouvons mieux faire que citer les conclusions d'un article qui a été publié sur ce sujet par MM. Voron et Pigeaud dans le *Progrès Médical* de mars 1931.

De nombreuses observations publiées montrent que le curage digital peut dans certains cas heureux donner des succès. Mais le danger de ces manœuvres intra-utérines dans des utérus presque toujours infectés est tel que l'abstention semble en tout cas préférable.

Sans même chercher à établir un diagnostic de forme clinique, MM. Voron et Pigeaud préconisent l'application d'emblée du traitement médical. L'expérience leur a montré que dans le plus grand nombre des cas ce traitement suffit à arrêter les hémorragies et à décider de la guérison.

Seul un échec manifeste d'une pareille thérapeutique et une hémorragie vraiment incoercible peut décider à une intervention.

Quelle solution adopter alors ? Certains auteurs restent fidèles au curage digital. Mais il semble bien que le traitement chirurgical soit le seul à appliquer à ces cas d'extrême gravité.

Entre le curage digital, opération facile mais dangereuse, et l'hystérectomie, intervention mutilante, il y a place pour le traitement médical, thérapeutique active qui grâce à ses moyens (ergotine, pituitrine, sérum de cheval, sérum citraté, transfusion sanguine) donne à elle seule d'excellents résultats dans la majo-

rité des cas. Il faut bien insister par exemple sur le fait que cette thérapeutique ne peut être instituée qu'au voisinage immédiat d'une salle d'opération, afin qu'en cas d'échec du traitement médical, l'hystérectomie vienne en dernier ressort arrêter l'hémorragie qui met les jours de la malade en danger.

Conclusions

I. — Nous avons recueilli six observations d'hémorragies graves du post-partum. Ces observations concernent des malades observées à la Clinique obstétricale, sauf pour l'une d'elles qui a été suivie à l'Hôpital de la Croix-Rousse.

II. — Il s'est, dans tous les cas, agi d'hémorragies graves qui, par leur persistance et leur répétition, ont à un moment inspiré de très vives inquiétudes. Dans la plupart des cas ces accidents hémorragiques étaient accompagnés de phénomènes infectieux, en général modérés.

III. — Dans chacune de ces observations, un traitement médical véritablement actif (ergotine, pituitrine, sérum de cheval, chlorure de calcium) a permis de venir à bout des accidents sans qu'il ait été nécessaire de recourir à une intervention.

IV. — Il semble donc que de très nombreux cas d'hémorragies du post-partum et même dans ceux dans lesquels, par son abondance ou sa répétition, l'hémorragie devient inquiétante, on doit, avant de se décider

à intervenir (intervention intra-utérine : curage ou curettage, ou bien encore dans les cas accompagnés d'infection manifeste : hystérectomie), mettre en œuvre un traitement médical actif qui très souvent, en arrêtant les accidents, évitera une intervention.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON,
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 21 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- ANDERODIAS et PERY. — Rapport au 7^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. Bordeaux 1931, in *Gynécologie et Obstétrique*, t. XXIV, sept. 1931.
- CHAPUIS. — Etude de 14 observations d'hémorragies secondaires tardives du post-partum. *Thèse*, Grenoble, 4 décembre 1929.
- COUVELAIRE et PERY. — Rapport au 7^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française : Bordeaux 1931.
- Traitement des métrorragies tardives des suites de couches. In *Gynécologie et Obstétrique*, t. XXIV, sept. 1931.
- COUVELAIRE. — Forme métrorragique de l'infection puerpérale. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 8 mars 1926.
- DIGONNET. — *Contribution à l'étude des hémorragies secondaire du post-partum.*
- EPARVIER. — Hémorragie par rétention placentaire un mois après un accouchement à terme. Perforation utérine au cours de l'exploration digitale. In *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, 6 mai 1929.

KUSTER. — Les hémorragies tardives des suites de couches. *Zeitschrift. f. Geb. und Gyn.*, t. LXVII, 1910, p. 430.

MARMASSE. — Le curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale. *Thèse*, Paris, 1894.

METZGER. — *Le streptocoque hémolytique dans l'infection puerpérale*.

NOGUÈRES. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire. *Thèse*, Paris, 1924.

TRILLAT et EPARVIER. — Trois cas d'hémorragies secondaires graves du post-partum. *In Soc. d'Obstétrique et Gynécologie de Lyon*, 5 mai 1928.

VIGNES et LEROUX. — Hémorragies secondaires du post-partum. *Annales d'Anatomie Pathologique*, mai 1927.

VORON et BANSILLON. — Un cas d'hémorragie du post-partum. Traitement médical et guérison. *In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, 3 janvier 1929.

VORON et PIGEAUD. — Importance d'un traitement médical actif dans les hémorragies du post-partum. *Progrès Médical*, mars 1931.

— Hémorragies graves des suites de couches. Traitement médical. Guérison. *In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, 4 février 1929.

WINTREBERD. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. *Thèse*, Paris, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER. — Généralités.....	11
CHAPITRE II. — Observations	19
CHAPITRE III. — Discussions des Observations..	27
CONCLUSIONS	31
Bibliographie	33



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



